



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55022 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2002064913

(22) 14 08 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. №3, 2003р

(72) Соломко Анатолій Васильович, Знаєвський  
Микола Іванович

(73) Соломко Анатолій Васильович, Знаєвський

Микола Іванович

(57) Спосіб накладання товстокишкового анасто-  
мозу, який включає зіставлення та зшивання на  
кишковому ендопротекторі привідного і відвідного  
відрізків товстої кишки, який відрізняється тим,  
що на анастомоз з боку серозної оболонки нано-  
сять шар фібринового аутоклею

Винахід відноситься до медицини, а саме до  
хірургії і може бути використаний при оперативних  
втручаннях на товстій кишці

Відомі способи накладання товстокишкових  
анастомозів, які включають зіставлення відрізків  
кишки, їх зшивання та вкривання місцевими ткани-  
нами (очеревиною, чепцем та іншими тканинами)  
[1, 2]

Недоліками цих способів є більша кількість пі-  
сляопераційних ускладнень через недостатність  
анастомозів

Найближчим аналогом є спосіб накладання  
товстокишкового анастомозу, який включає зіп-  
ставлення та зшивання на трубчатому кишковому  
ендопротекторі із латекса відрізків товстої кишки  
[3]

Недоліком і цього способу є велика кількість  
післяопераційних ускладнень, у вигляді неспромо-  
жності анастомозів

Задачею винаходу є розробка такого способу  
накладання товстокишкового анастомозу, який за  
рахунок захисту анастомозу з боку серозної обо-  
лонки фібриновим клеєм, забезпечив би зниження  
числа післяопераційних ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що у  
способі накладання товстокишкового анастомозу,  
який включає зіпставлення і зшивання привідного  
і відвідного відрізків товстої кишки на кишковому  
ендопротекторі, згідно винаходу, на анастомоз з  
боку серозної оболонки наносять шар фібринового  
аутоклею

Нанесення шару фібринового аутоклею на  
анастомоз з боку серозної оболонки герметизує  
анастомоз, сприятливо відбивається на процесі  
регенерації, швидкості дозрівання та якості після-  
операційного рубця, а також підвищує його меха-

нічну міцність і надійність, що і сприяє зменшенню  
кількості післяопераційних ускладнень Застосу-  
вання аутоклею попереджує передачу вірусних  
захворювань, в першу чергу гепатиту В, СНІДу та  
інших, що передаються через кров захворювань,  
що також сприяє зменшенню кількості ускладнень

Спосіб виконують наступним чином Викону-  
ють нижню серединну лапаротомію В операційну  
рану виводять петлю товстої кишки, яка підлягає  
резекції Виконують резекцію Потім приступають  
до формування анастомозу за типом "кінець в кі-  
нець" із застосуванням прецизійної техніки і атра-  
вматичного шовного матеріалу (металатравм, дек-  
сон або вікрил) 5/0 - 6/0 з використанням лупи-  
окулярів х 4,5 Спочатку формують заднє півколо  
вузловими швами, потім витягують з поліетилено-  
вого пакета конусоподібний кишковий ендопротек-  
тор з непластичного пдрогелю, вирізають з нього  
трубку довжиною 3,5 - 4,5 см в тому місці, де ді-  
аметр кишки і протектора збігаються в найбільшій  
мірі На привідний кінець кишки накладають кисет-  
ний слизово-підслизовий шов ниткою вікрил або  
дексон 5/0 В просвіт кишки вводять конусоподіб-  
ний кишковий ендопротектор більшим діаметром в  
сторону привідного кінця і фіксують кисетним  
швом На частину з меншим діаметром насовують  
дистальний відрізок кишки і формують переднє  
півколо анастомоза, по тій же методиці, що і заднє  
півколо Потім виконують одномоментне нанесен-  
ня складових частин клейової композиції на сероз-  
ну оболонку При цьому аутоклею готують із крові  
хворого, взятої на передодні операції Дренаж в  
лівий боковий канал Рану черевної порожнини  
зашивають наглухо Виконують девульсію сфінк-  
тера прямої кишки

Приклад Хворий Б, 59 років, поступив в кліні-

(19) UA (11) 55022 (13) A

ку 10.07.2001р із скаргами на болі внизу живота, закрепи, втрату ваги, загальну слабкість. Після обстеження у хворого виявлена пухлина початкового відділу сигмовидної ободової кишки. 16.07.2001р виконана операція - резекція низхідного відділу та сигмовидної ободової кишок з первинним анастомозом за типом "кінець в кінець".

За 1,5 - 2 години до операції, у хворого з вени взята кров в кількості 50,0мл з якої був приготовлений аутоклей. Нижня середина лапаротомія. При ревізії - в початковому відділі сигмовидної ободової кишки пухлина розмірами 1,5 x 2,5см, яка на 3/4 обтурує просвіт кишки. Метастазів у регіонарні та віддалені лімфоузли не виявлено. Виконана мобілізація низхідної і сигмовидної ободової кишок з дотриманням правил абластики та послідуною їй резекцією в межах 20,0см проксимальне та 10,0см дистально від пухлини. Потім був зформований анастомоз за типом "кінець в кінець" із застосуванням прецизійної техніки і атравматичного шовного матеріалу вікріл 5/0 з використанням лупи-окулярів x 4,5. Спочатку було сформоване заднє півколо анастомозу вузловими швами. Потім з поліетиленового пакета дістали конусоподібний кишковий ендопротектор з непластичного гідрогелю, вирізали з нього трубку довжиною 4,5см та діаметром 3,0см, що відповідало діаметру кишки. На привідний відрізок кишки наклали кисетний слизово-підслизовий шов ниткою вікріл 5/0. Перед введенням в просвіт кишки кишкового ендопротектора більшим діаметром в сторону привідного кінця, останній спочатку помістили в розчин антибіотика (сульфат канаміцину) на 20хв, а потім прифіксували кисетним швом. На частину з меншим діаметром насунули відповідний відрізок кишки і зформували переднє півколо анастомозу, по тій

же методиці, що і заднє півколо. Потім одноментно нанесли складові частини клейової композиції на серозну оболонку. Дефект в брижі зашили окремими швами. Дренаж в лівий боковий канал. Рану черевної порожнини зашили наглухо. Виконали девульсію сфінктера прямої кишки.

Післяопераційний період перебігав задовільно. На шосту добу кишковий ендопротектор відійшов самостійно з калом. Хворий в задовільному стані на 10 добу після операції виписаний додому.

По запропонованому способу проліковано 5 хворих. Ускладнень, пов'язаних з методикою накладання товстокишкового шва не було ні в одному випадку.

В той же час із 5 хворих пролікованих за способом аналогом, у 1 була часткова неспроможність анастомозу з формуванням нориці. Таким чином, використання запропонованого способу накладання товстокишкового анастомозу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності анастомозів.

Джерела інформації

1 Романенко Н. Я. Использование сальника и париетальной брюшины при операциях на органах брюшной полости // Хирургия - 1980 - №7 - С. 33 - 35.

2 Зурнаджьянц В. А., Вальтер В. Г. Укрепление толстокишечного анастомоза поскутом из стенки желудка // Вестн. хирургии - 1985 - №5 - С. 135 - 135.

3 Goldman G., Aladgem D., Kahn P. J. et al. Intrarectal bypass graft in low anterior resection and sigmoid obstruction - An experimental study // Eur. surg. Res. - 1988 - Vol. 20 - P. 238 - 242 - найближчий аналог.